





**HOSPITAL & SURGICAL CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT**  
**TUNTUTAN RAWATAN HOSPITAL & PEMBEDAHAN - KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT**

12.	What was the underlying cause? <i>Apakah punca penyebabnya?</i>	
13.	What was the final diagnosis? / <i>Apakah diagnosis akhir?</i>	
14.	Did you inform the patient of the diagnosis? If so, when? <i>Adakah anda memberitahu pesakit tentang diagnosis tersebut? Jika ada, bila?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak DD                  MM                  YY at    am / pm HH                  BB                  TT pada pagi / ptg
15.	Nature of medical treatment given. <i>Jenis rawatan perubatan diberi.</i>	
16.	Was the condition related to? / <i>Adakah penyakit tersebut berkait paut dengan?</i>	
(a)	Congenital / Hereditary Condition / <i>Kecacatan sejak lahir/ Penyakit keturunan</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i>
(b)	Psychotic / Mental/ Nervous / Sleeping Disorder / <i>Psikotik / Gangguan mental/ Saraf/ Gangguan tidur</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i>
(c)	AIDS/ HIV positive/ Sexually Transmitted Disease <i>AIDS/ HIV positif / Penyakit berjangkit melalui hubungan sex.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i>
(d)	Being under influence of alcohol/drug/intoxicants <i>Di bawah pengaruh alkohol/dadah/keracunan.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i>
(e)	Pregnancy/Childbirth/Infertility/Impotence <i>Kehamilan/Melahir anak/ Kemandulan/ Impoten</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i>
(f)	Cosmetic reason/ Dental related/ Refractive errors correction <i>Pembedahan Plastik/ Kosmetik/ Rawatan Pergigian/ Pembetulan penglihatan dekat</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i>
(g)	Self-inflicted injuries / Suicide / Attempted Suicide <i>Kecederaan yang dilakukan sendiri/bunuh diri/cubaan membunuh diri</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i>
(h)	Violation of Laws / Strike / Riots <i>Activiti Jenayah/Mogok/ Rusuhan</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i>
17.	For surgery / <i>Untuk pembedahan</i>	
(a)	Nature of operation performed/ <i>Jenis pembedahan yang dilakukan</i>	
(b)	MMA code / PHFSR code	
(c)	Name of surgeon/ <i>Nama pakar bedah</i>	
(d)	Date surgery performed <i>Tarikh pembedahan dilakukan</i>	DD                  MM                  YY HH                  BB                  TT
18.	Any possibility of Patient having relapse? <i>Adakah kemungkinan Pesakit menghadapi penyakit kambuh?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
19.	Has the Patient previously been treated or hospitalised in this or any other hospital or clinic for this or any other disease? If yes, please state. / <i>Pernahkah sebelum ini Pesakit diberi rawatan atau dimasukkan ke hospital ini atau hospital-hospital lain atau klinik untuk rawatan penyakit ini atau penyakit-penyakit lain? Sila nyatakan.</i>	
	Date / <i>Tarikh</i>	Illness / <i>Penyakit</i>
		Hospital / Clinic / <i>Hospital / Klinik</i>
20.	For female only / <i>Untuk pesakit wanita sahaja</i>	
(a)	Was the patient pregnant at time of hospitalisation? If so, for how many months? / <i>Adakah pesakit hamil ketika dimasukkan ke hospital? Jika benar, sudah berapa bulan?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak _____ Months / <i>Bulan</i>



HOSPITAL & SURGICAL CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT  
TUNTUTAN RAWATAN HOSPITAL & PEMBEDAHAN - KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

(b)	Was illness caused directly or indirectly by pregnancy / child birth / caesarian section / abortion miscarriage and all complications arising there from? / Adakah penyakit dengan secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh kehamilan / melahirkan anak / pembedahan caesarian / mengugurkan / keguguran dan lain-lain kesakitan yang berkaitan?	
21.	Please provide any other information that will enable us to assess this claim. / Sila berikan maklumat lain yang akan membolehkan kami menilai tuntutan ini.	

I hereby declare that the foregoing answers are each and all true to the best of my knowledge and belief.  
Saya dengan ini mengaku bahawa setiap dan semua jawapan di atas adalah benar sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya.

	Name / Nama:
	Professional Qualification: Kelayakan Professional:
	Address/ Alamat:
	Date / Tarikh : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DD / TT    MM / BB    YYYY / TTTT